Derechos del Residente

BIENVENIDO

Idaho's State Flower * The Syringa

Centro Syringa Chalet Nursing Facility

State Hospital South

PO Box 400 * Blackfoot, ID 83221

(208) 785-1200

DRECHOS DEL RESIDENTE – CONTENIDO

I. INFORMACIÓN GENERAL 4
- La Comisión Conjunta 4
- Atención médica de emergencia en el sitio 4
- Centro libre de humo y de tabaco 4

II. SUS DERECHOS Y PRIVILEGIOS 5
- Ejercicio de los derechos 6
- Sus responsabilidades 6
  - Proporcionar información 6
  - Su apego a la atención médica 6
  - Riesgos potenciales para su cuidado 7
  - Seguimiento a las reglas y los reglamentos 7
  - Respeto y consideración 7
  - Límites personales 7
- Sus fondos personales 7
- Quién paga mi cuenta 9
- Medicare/Medicaid 9
- Política para garantizar la reserva de la habitación 9
- Su tratamiento y cuidados 9
- Privacidad y confidencialidad 10
- Procedimientos para resolución de conflictos/ sugerencias 11
- Examen de los resultados de entrevistas 12
- Trabajo 12
- Correo 12
- Privilegios para las visitas 13
- Teléfonos 14
- Pertenencias personales 14
- Matrimonios 14
- Autoadministración de medicamentos 14
- Transferencias 15

III. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA 15
- No discriminación 15
- Abuso o acoso 15
- Rechazo del tratamiento 15
- Manejo del dolor 16
- Restricción 18
- Consejo de residentes 18
- Su expediente médico 19
- Datos de evaluación 19

Su abogado 19
Aviso a su familia y médico 19
Aviso de cambios 20
Cuidados pastorales, de valores y espiritualidad 20
Participación de estudiantes 20
Alta 20

V. SERVICIOS EN EL HOSPITAL 21
Cafetería 21
Salón de belleza 21
Servicios de actividades 21
Lavandería 21

VI. NÚMEROS TELEFÓNICOS DE DEFENSORES, GRUPOS DE APOYO, SERVICIOS LEGALES Y DEPENDENCIAS REGULADORAS 22
Trabajadora social de SCNF 22
Grupos de apoyo para la familia/ el consumidor 22
Servicios legales 23
Dependencias reguladoras 24

VII. ÍNDICE DEL CÓDIGO DE IDAHO 25

VIII. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y BIENESTAR DE IDAHO 26

IX. SERVICIOS ESPECIALES PARA COMUNICACIÓN 30
HIGIENE DE LAS MANOS 30

INFORMACIÓN GENERAL

LA COMISIÓN CONJUNTA

El centro Syringa Chalet Nursing Facility se enorgullece de haber recibido el reconocimiento como centro acreditado por la Comisión Conjunta (JC, *Joint Commission*).

La acreditación de la Comisión Conjunta es un símbolo de calidad de reconocimiento nacional que refleja el compromiso de una organización por cumplir con las normas de desempeño. Las normas de la Comisión Conjunta hacen referencia a áreas importantes como los derechos del paciente, tratamiento para el paciente, control de infecciones y seguridad del paciente. El centro Syringa Chalet Nursing Facility cumple con estas normas como proveedor de cuidados de la salud de tratamientos y servicios de calidad.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA EN EL SITIO

El centro Syringa Chalet Nursing Facility no cuenta con un médico en sitio las 24 horas del día los siete días de la semana. Si presenta una emergencia médica durante su estancia y no hay un médico en el centro, de inmediato recibirá la valoración del personal del centro que no es médico pero que tiene licencia y capacitación para atender emergencias médicas básicas. Si lo necesita por su condición, se le trasladará por ambulancia a la sala de emergencias más cercana. Por otro lado, el personal del centro puede acudir al personal médico/doctor de guardia fuera del centro que proporcione asistencia telefónica y/o regrese al centro para atenderlo en menos 60 minutos después de ser avisado.

CENTRO LIBRE DE HUMO Y DE TABACO

Cono centro de cuidados de la salud acreditado por la Comisión Conjunta, el compromiso de Syringa Chalet Nursing Facility es el bienestar de nuestros residentes. Debido a las consecuencias negativas del uso del tabaco relacionadas con la salud, Syringa Chalet Nursing Facility cumple con los lineamientos de ser un centro libre de humo y de tabaco.

SUS DERECHOS Y PRIVILEGIOS

Syringa Chalet Nursing Facility se esfuerza por ofrecer atención de calidad en un ambiente seguro. Usted tiene el derecho a un ambiente que fomenta el mantener o mejorar su calidad de vida así como su dignidad y respeto reconociendo totalmente su individualidad. A continuación se describen a detalle sus derechos como residente.

Usted tiene el derecho a una existencia digna, autodeterminación y comunicación y contacto con personas y servicios dentro y fuera del centro.

Estos derechos incluyen (mas no se limitan a):

- El derecho de ejercer sus derechos
- Estar informado sobre sus derechos y responsabilidades
- Si lo decide, que el centro administre sus fondos personales
- Elegir a un médico y tratamiento y a participar en las decisiones y la planeación de sus cuidados
- Privacidad y confidencialidad
- Externar sus quejas y que el centro dé respuesta a estas quejas
- Examinar los resultados de su entrevista
- Trabajar o a no trabajar
- Privacidad al enviar y recibir correo
- Visitar y recibir la visita de otros que no viven en el centro
- Utilizar un teléfono con privacidad
- Conservar y usar pertenencias personales en la medida que el espacio y la seguridad lo permitan
- Compartir una habitación con su cónyuge, si lo aceptan de mutuo acuerdo
- Auto-administrarse medicamentos, si el equipo interdisciplinario de planeación de cuidados lo determina seguro
- Negarse a ser transferido de un lugar diferente dentro del centro

EJERCICIO DE LOS DERECHOS

Usted tiene el derecho de ejercer sus derechos como residente del centro y como ciudadano o residente de Estados Unidos.

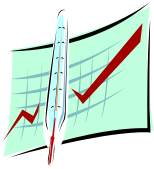
Usted tiene el derecho de no ser sujeto de interferencia, extorsión, discriminación y represalias por parte del centro por ejercer sus derechos.

En el caso de un residente declarado incompetente de conformidad con las leyes del Estado y fallado por un tribunal de la jurisdicción competente, los derechos del residente los ejerce la persona asignada según la ley del Estado para actuar a nombre del residente. En el caso de un residente que no haya sido declarado incompetente por el tribunal del Estado, cualquier designado legal o temporal de conformidad con la ley del Estado podrá ejercer los derechos del residente en la medida prevista por la ley del Estado.

SUS RESPONSABILIDADES

A continuación se presentan las responsabilidades básicas del residente. Se le informará de cambios y revisiones a esta información.

Proporcionar información: Usted puede ayudar al personal del centro con sus comentarios sobre las necesidades y lo que espera del servicio. Le recomendamos que su familia y usted proporcione información fidedigna y completa a su mejor entender.



Esta información incluiría quejas vigentes, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y la existencia de instrucciones para la atención médica física o mental y demás aspectos relacionados con su salud.

Su apego a la atención médica: Su trabajador(a) social y usted empezarán a elaborar su plan de tratamiento justo después de su ingreso. Durante su estancia se llevarán a cabo revisiones formales cada tres meses. Aunque es posible que se actualice su plan de tratamiento con base en su condición y necesidades actuales.

Se procurará que participe en elaborar su plan de tratamiento. También tendrá la oportunidad de hacer comentarios por escrito acerca de su plan. Debe expresar cualquier preocupación que tenga sobre su capacidad para seguir el plan de atención y tratamiento propuestos. Usted tiene la responsabilidad de avisar al personal si no entiende su plan de tratamiento actual.

Tiene el derecho de elegir a su médico tratante personal. Si decide que el centro elija al médico, después de su ingreso le notificarán el nombre, la especialidad y la forma de ponerse en contacto con el médico responsable de su atención.

Riesgos potenciales para su cuidado: Si no entiende el procedimiento para su atención, usted, y su familia si corresponde, deben preguntar. Si sabe de algún riesgo percibido en su atención y tratamiento o nota cambios inesperados en su condición, le pedimos que avise a su personal. *Ejemplos*: *reportar alergias, ideas suicidas, peligrosidad para otros, etc.*

Seguimiento a las reglas y los reglamentos: Por seguridad de todos, los residentes y sus familias deben cumplir con las reglas y los reglamentos del centro.

Respeto y consideración: Usted y su familia deben ser considerados con el personal y la propiedad del centro así como de otros residentes y su propiedad. Se espera que nos apoye con el control de ruido, etc.

En caso de que destruya o dañe a otra persona o la propiedad de este centro, se espera que pague el pago por el reemplazo de dicha propiedad. Además, en caso de que amenace o cause daño físico a otra persona, es posible que se presente una queja ante las autoridades policiales locales.

Límites personales: Es sumamente que respete los límites personales de sus compañeros. Antes de tocar o abrazar a alguien, pregunte. Nunca toque a alguien de modo sexual. Si alguien se acerca a usted de modo sexual o le incomoda cómo lo toca, reporte de inmediato al personal este comportamiento. Si tiene dudas sobre el comportamiento adecuado, hable con el personal de guardia o su trabajador(a) social.

SUS FONDOS PERSONALES

Tiene el derecho de manejar sus asuntos financieros y es posible que el centro no le solicite que deposite sus fondos personales en el centro.

State Hospital South/Syringa Chalet Nursing Facility le ofrecen una Cuenta de Fideicomiso individual con intereses sin costo. La Cuenta de Fideicomiso se establece para ofrecer una salvaguarda y responsabilidad de fondos personales mayores a $50.00 ($100.00 para Medicare). Su Cuenta de Fideicomiso es independiente de cualquier cuenta corriente del centro.

Con las fichas de depósito y retiros se lleva un control interno para todos los fondos de las Cuentas de Fideicomiso. Su estado de cuenta individual del Fideicomiso refleja todos los depósitos y retiros. Se le proporcionará un estado de cuenta mensual y en cualquier momento puede solicitar otro estado de cuenta.

Se cuenta con una Caja Chica a su disposición para los fines de semana y días festivos. De lunes a viernes tendrá acceso a su dinero en la Oficina Comercial. Entre la Oficina Comercial y la Caja Chica, tendrá acceso a sus fondos los 7 días de la semana. Los retiros que haga estarán sujetos al saldo de su cuenta, junto con posibles restricciones (establecidos por quien recibe el pago).

Limitaciones sobre los cargos a los fondos personales

El centro no puede imponer una comisión por los fondos personales de un residente por cualquier artículo o servicio que pague Medicaid o Medicare (excepto las cantidades deducibles y el coaseguro correspondientes). Los servicios incluidos en los pagos de Medicare o Medicaid son:

- Servicios de enfermería según se requieran
- Servicios de dieta según se requieran
- Programa de actividades según se requiera
- Servicios de mantenimiento de la habitación/cama
- Artículos de higiene personal de rutina como: artículos de higiene para el cabello, peine, cepillo para el cabello, jabón de baño, jabones desinfectantes o artículos de limpieza especializados cuando se indique el tratamiento para problemas especiales de la piel o atacar una infección, rastrillo, crema de afeitar, cepillo de dientes, pasta de dientes, adhesivo para la dentadura, solución limpiadora para dentadura, hilo dental, loción humectante, pañuelos desechables, bolitas de algodón, cotonetes, desodorante, suministros y cuidados para la incontinencia, toallas sanitarias y artículos relacionados, toallas, toallitas para baño, batas de hospital, medicamentos de venta libre, servicios de higiene para el cabello y las uñas, baño y blancos básicos personales.
- Servicios sociales médicos relacionados según se requiera

Los artículos y servicios que el centro puede cobrar de los fondos del residente si asó lo solicita el residente, si el centro informa al residente que habrá un cargo y si el pago no lo realiza Medicare o Medicaid incluyen:

- Teléfono, televisión y radio de uso personal
- Artículos de comodidad personal como material para fumar, accesorios y novedades y golosinas
- Cosméticos y artículos y servicios de arreglo personal superiores a la tarifa de Medicaid o Medicare
- Ropa personal
- Material de lectura personal
- Regalos comprados a nombre del residente
- Flores y plantas
- Eventos sociales y entretenimiento ofrecidos fuera del alcance del programa de actividades
- Servicios de cuidados especiales no cubiertos como artículos de apoyo o servicios de enfermería de contratación privada
- Habitación particular, excepto cuando sea un requisito terapéutico
- Alimentos alternos o de preparación especial solicitados en lugar de la comida que se prepara en general en el centro.

¿QUIÉN PAGA MI CUENTA?

El Código de Idaho §66-354 indica que usted, voluntaria o involuntariamente, es responsable de su factura. Se le pedirá que proporcione información financiera para determinar si usted o su familia puede pagar total o parcialmente los costos por su estadía en el centro. Si una tercera persona paga, el centro aplicará el pago directo de su factura a ese tercero. Se proporcionará una lista de los artículos que no se pueden cobrar al cliente.

Si quiere hablar sobre su factura, su situación financiera personal o tiene alguna duda, acuda a la oficina de Servicios de Cuentas de los Paciente. Las horas de oficina son de lunes a viernes de 7 am a 4 pm.

MEDICARE/MEDICAID

Tiene el derecho de solicitar los servicios de Medicare y Medicaid y el derecho a recibir información y asistencia para la solicitud de dichos programas.

No se le puede pedir que renuncie o retrase su derecho de recibir Medicare o Medicaid.

Si necesita ayuda para entender sus derechos o solicitar los beneficios, llame a la Oficina de Cuentas de los Paciente al (208) 785-8506 o al (208) 785-8502.

POLÍTICA PARA GARANTIZAR LA RESERVA DE LA HABITACIÓN

Si un residente que paga una habitación privada se ausenta del centro y solicita que le reserven su habitación/cama, se cobrará la tarifa diaria vigente a partir del primer día de ausencia y hasta la fecha que especifique por escrito el residente.

En el caso de los residentes de Medicaid (Título XIX), las regulaciones gubernamentales especifican que Medicaid pagará un máximo de tres días de retención durante los periodos de ausencia terapéutica y tres días de retención por hospitalización. Si vencen los días de retención de Medicaid, el residente o familiar puede solicitar y pagar por retener una cama y será bajo los mismos términos del párrafo arriba mencionado.

En el formato Aviso de Retención de la Habitación que recibe al ingresar al centro encontrará información adicional.

SU TRATAMIENTO Y CUIDADOS

Se le hará un examen para determinar su condición médica y dental. Consideramos que si entiende y participa en su evaluación, cuidados y tratamiento, es posible que obtenga mejores resultados.

Usted tiene el derecho de recibir toda la información sobre su estado de salud, que incluye mas no se limita a su condición médica, en el idioma que pueda entender.

Tiene el derecho de recibir toda la información y por adelantado sobre su atención y tratamiento así como de cualquier cambio en su atención y tratamiento que puedan afectar a su bienestar.

Tiene el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento médico o medicamentos (*a menos que un tribunal considere que usted no tiene la capacidad de tomar decisiones acerca de sus medicamentos*), de negarse a participar en una investigación experimental y de formular instrucciones anticipadas.

El centro proporciona la información al residente con deficiencia visual, auditiva o cognitiva de modo que cubra las necesidades del residente.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Usted tiene el derecho de confidencialidad. Cumplimos con el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho que se incluye en este manual (consulte la página 26).

Usted puede autorizar o rechazar que se den a conocer los expedientes personal y clínico a personas ajenas al centro, con las siguientes excepciones:

- Si lo transfieren a otra institución de cuidados de la salud
- Si la ley requiere dar a conocer su expediente

PROCEDIMIENTOS PARA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS/SUGERENCIAS

Tiene el derecho de quejarse o reclamar sin que sea motivo de discriminación ni represalias. Las quejas pueden ser por el tratamiento que ha recibido así como por el que no le han proporcionado.

PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS/ SUGERENCIAS

Le pedimos que tome en consideración todas las opciones a su disposición para resolver su problema. Hable con el personal de guardia o con su trabajador(a) social.

El Equipo de Tratamiento reconoce que cada circunstancia es diferente y que puede darse solución eficazmente a su preocupación con el apoyo del personal de guardia o su trabajador(a) social.

Pero si no puede solucionar el problema o le incomoda intentarlo, le pedimos que conteste las preguntas en el Formato de Reclamación/Queja/Solicitud de Syringa Chalet Nursing Facility (*Syringa Chalet Nursing Facility Grievance/Complaint/Request Form*) y lo deposite en una de las cajas con llave de Derechos del Residentes que se encuentran en 1st o 2nd Street.

Le recomendamos que haga ejercer sus derechos civiles como residente y que participe activamente en la planeación de su tratamiento. Si en algún momento siente que se han violado sus derechos, se puede poner en contacto con los servicios de protección, como la Oficina de Normativas del Centro (*Bureau of Facility Standards*) o la Comisión Conjunta (*The Joint Commission*) (véase la página 24).

Si usted o un familiar tienen algo qué reclamar:

1. Llene el Formato de Reclamación/Queja/Solicitud de Syringa Chalet Nursing Facility, con fecha y firma.
2. Deposite el Formato de Reclamación/Queja/Solicitud de Syringa Chalet Nursing Facility en una de las cajas de Derechos del Residente que se encuentran en 1st Street y 2nd Street.
3. El (La) trabajador(a) social recoge los formatos entre semana, excepto los días festivos y se reúne con el residente para revisar el Formato de Reclamación/Queja/Solicitud de Syringa Chalet Nursing Facility.
4. El (La) trabajador(a) social anotará en un Registro de Seguimiento la Reclamación/Queja/Solicitud.
5. Si durante la reunión su trabajador(a) social no puede dar solución la Reclamación/ Queja/Solicitud, se enviará el formato al Equipo Interdisciplinario.
6. El Equipo Interdisciplinario dará trámite a la Reclamación/Queja/ Solicitud con el personal correspondiente a fin de darle solución.

7. El Equipo Interdisciplinario revisará lo antes posible la Reclamación/ Queja/Solicitud.
8. Se dará respuesta a la Reclamación/ Queja/Solicitud del residente.
9. Queremos que el residente sienta que se atendió o dio solución a la Reclamación/ Queja/Solicitud a su satisfacción. Si el residente considera que la respuesta del equipo no es la adecuada, puede:
    a. Enviar de nuevo la Reclamación/ Queja/Solicitud o ponerse en contacto con un abogado particular (el residente paga los gastos), Asistencia Legal, Derechos por Discapacidad o el Ombudsman.
    b. Presentar una queja con la Oficina de Normativas del Centro u otras agencias de protección.

EXAMEN DE LOS RESULTADOS DE ENCUESTAS

Usted tiene el derecho de revisar los resultados de la encuesta más reciente del centro realizada por los encuestadores federales o estatales y de cualquier plan de corrección vigente referente a este centro. El centro debe poner los resultados disponibles para su revisión en un lugar accesible para los residentes y debe publicar un aviso sobre esta disponibilidad. Los resultados de la encuesta se encuentran en una carpeta afuera de First Street de la estación de enfermería.

TRABAJO

Como residente del centro, usted tiene el derecho de:

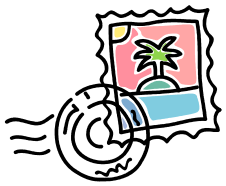
1. Negarse a realizar servicios para el centro
2. Realizar servicios para el centro si usted así lo decide y en ciertas circunstancias si:
    a. El centro documentó la necesidad o el deseo de trabajar en el plan de atención.
    b. El plan especifica la naturaleza de los servicios realizados y si los servicios son voluntarios o pagados.
    c. La compensación por los servicios pagados son iguales o superiores a las tarifas predominantes.
    d. El residente acepta el acuerdo de trabajo descrito en el plan de atención.

CORREO

Usted tiene el derecho de privacidad en comunicación por escrito, incluyendo el derecho de enviar y recibir con prontitud correo sin abrir y tener acceso a papelería, timbres postales y material de escritura que usted paga.

La dirección postal del centro Syringa Chalet Nursing Facility para su correo es:

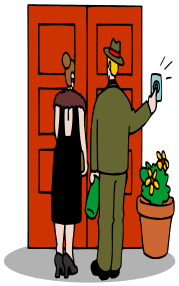
(Su Nombre)
Syringa Chalet Nursing Facility
PO Box 400
Blackfoot, Idaho 83221-0400



En la Oficina Comercial tienen los timbres a su disposición. El correo que quiera enviar lo puede depositar en el buzón de la Oficina de Seguridad del Hospital o entregárselo al personal del centro para que lo envíe por usted.

Si no tiene dinero para los timbres y el material para escribir una carta, puede organizarse por una cantidad razonable para obtener el material a través del personal.

PRIVILEGIOS PARA LAS VISITAS

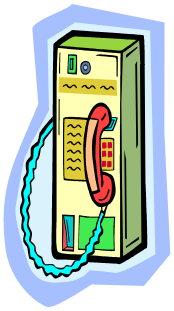


Los visitantes deben registrarse en el Área de Recepción de 1st Street antes de que los acompañen para reunirse con usted. En Main Street hay una sala de visitas con privacidad. Se puede otorgar un permiso para salir de la unidad (*Pase del Día*) siempre que usted demuestre que tiene la capacidad de asumir dicha responsabilidad. El Pase del Día para que usted pueda salir de las instalaciones lo debe aprobar el equipo de tratamiento.

Usted tiene el derecho de, y el centro dará el acceso inmediato para, recibir visitas por parte de representantes de la Secretaría o del Estado, de su médico particular, un ombudsman de cuidados a largo plazo del Estado, la dependencia responsable del sistema de protección y defensa a individuos con discapacidad de desarrollo o enfermos mentales. Estas visitas están sujetas a su derecho de negarse o de retirar su consentimiento en cualquier momento, la familia inmediata u otros parientes del residente y sujetas a restricciones razonables y su derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento de que le visiten otras personas con su consentimiento.

El centro dará acceso razonable al residente por parte de cualquier entidad o individuo que proporcione al residente servicios de salud, sociales, legales y otros servicios, sujeto al derecho del residente de negarse o retirar su consentimiento en cualquier momento.

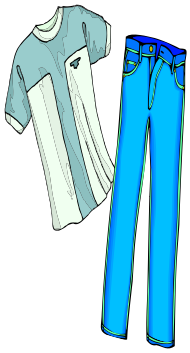
TELÉFONOS



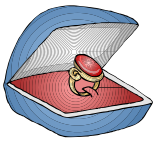
El teléfono que se encuentra en la Sala de Visitas de Main Street (*sótano*) está a su disposición en cualquier momento para hacer llamadas en privado. También hay teléfonos en 1st Street y 2nd Street para recibir y hacer llamadas.

Todos los teléfonos están a una altura accesible para los residentes que usan silla de ruedas y se pueden los arreglos necesarios para residentes con deficiencia auditiva.

PERTENENCIAS PERSONALES

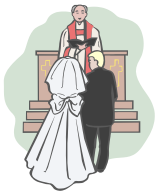


Se hará un conteo de todas las pertenencias personales al momento del ingreso y se registrarán en la Hoja de Objetos de Valor. Puede conservar una pequeña cantidad de dinero, según el protocolo del centro. En su habitación tendrá a su disposición una caja con llave (*en caso de necesitarla*) y espacio en el clóset, que puede cerrar con llave. Usted tiene el derecho de conservar y usar pertenencias personales, incluyendo algunos muebles y ropa adecuada, según lo permita el espacio, a menos que con ello viole los derechos o transgreda la salud o seguridad de otros residentes. Si decide conservar sus pertenencias personales, usted asume la responsabilidad por ellas.



Puede registrar las maletas y otros objetos de valor como tarjetas de crédito, billeteras, anillos, relojes y joyería en la Oficina de Seguridad al momento de llenar la Hoja de Objetos de Valor en la que se enumeran y describen todos los artículos registrados.

MATRIMONIOS



Usted tiene el derecho de compartir una habitación con su cónyuge si ambos son residentes de este centro, siempre y cuando ambos cónyuges estén de acuerdo con este arreglo.

AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Usted tiene el derecho de auto-administrarse medicamentos si el equipo de tratamiento lo determina seguro.

TRANSFERENCIAS

No será transferido de este a otro centro o a otra habitación sin previo aviso. Es posible que periódicamente se transfiera a los residentes a otras habitaciones por motivos médicos, consideraciones de equipo, etc. Haremos lo posible por que los cambios sean mínimos y que las transiciones sean lo más tranquilo posible.

En el caso de una transferencia de emergencia a un centro de cuidados agudos, casi siempre será al centro más cercano. Si quiere que lo transfieran a otra parte, tiene que indicarlo. Siempre intentaremos ponernos en contacto con ese centro y con el médico. Si no podemos ponernos en contacto con ese centro, nos pondremos en contacto con el médico y el hospital disponibles que estén más cercanos y lo enviaremos en ambulancia.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

NO DISCRIMINACIÓN

Usted tiene el derecho de la misma consideración y tratamiento que todos los demás, independientemente de la raza, origen étnico, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estatus socioeconómico, origen nacional, religión, edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, afiliación política, estatus financiero o discapacidad.

También tiene el derecho de tener un intérprete, un servicio de traducción y otra asistencia de comunicación (véase la página 29).

ABUSO O ACOSO

Usted tiene el derecho de estar libre de abuso verbal, sexual, físico y mental, castigo corporal y aislamiento involuntario.

RECHAZO DE TRATAMIENTO

El personal intentará organizar cualquier solicitud justificada de tipos de tratamiento específicos. De igual modo, puede rechazar tipos de tratamiento específicos, que pueden incluir mas no limitarse a: medicamento que no es de emergencia, terapia de grupo, terapia individual y terapia de recreación. Sin embargo, es posible que se anule su rechazo al tratamiento con medicamentos.

Si se toma la decisión de anular su rechazo al tratamiento, se le entregará un aviso por escrito de la fecha de su audiencia y su derecho a una representación. El tribunal que dictaminó la orden para usted y su familiar identificado como interesado será notificado de la anulación.

MANEJO DEL DOLOR

Como parte de nuestra responsabilidad por garantizar su seguridad, se le pedirá que diga su nombre completo antes de recibir el medicamento.

Educación al paciente y la familia sobre el manejo del dolor en el Centro Syringa Chalet Nursing Facility

Al ingresar al Centro Syringa Chalet Nursing Facility, los residentes tienen el derecho de recibir una evaluación del dolor y manejo del dolor adecuados.

- Como residente, tiene el derecho de estar informado sobre su estado de salud y las opciones de tratamiento para que pueda participar activamente en su plan de tratamiento.
- El personal del centro le preguntará si por lo regular tiene dolor. Le pedimos que no dude en avisar al personal que tiene dolor.
- La educación del residente mejora la comunicación entre el residente y el personal del centro. También le ayuda al residente a saber qué puede esperar si tiene dolor y la forma en que el personal se cuidará del dolor.
- Tiene el derecho de participar en todos los aspectos de su atención, incluyendo el manejo eficaz de su dolor. Si es parte de su tratamiento, se les enseñará a usted y su familia a entender el dolor, el riesgo del dolor, la importancia del buen manejo del dolor, el proceso de evaluación del dolor y cómo se puede controlar el dolor.

Aquí en el centro Syringa Chalet Nursing Facility, consideramos que el manejo de su dolor es una parte muy importante de su atención. Aun cuando cada uno manejamos diferente el dolor, es un hecho que el dolor que siente puede influir en que se sienta bien y que pueda salir del centro. NO debe tener dolor innecesariamente.

Queremos hacer un buen manejo de su dolor y que se sienta cómodo/a. ¿Cómo? Si tiene dolor, es muy importante que le avise a su médico o enfermera para que podamos ayudarle. Reúnase con su equipo de tratamiento para determinar el mejor método.

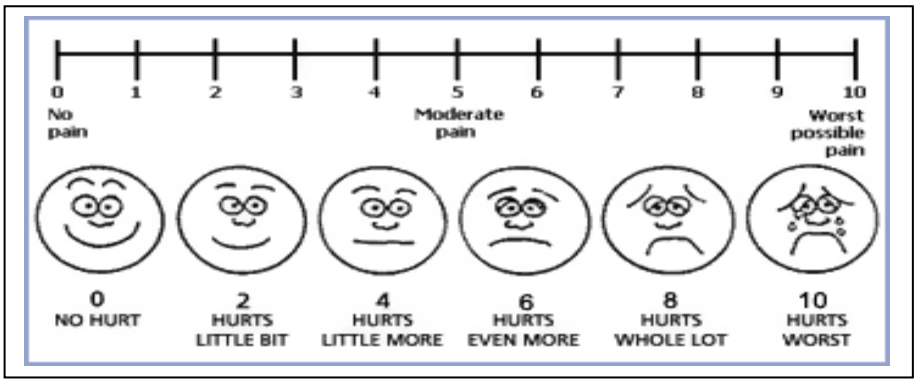
De rutina vamos a evaluar y vigilar su dolor, pero le pedimos que avise al personal cuando tenga dolor.

Si tiene dolor, debe avisar a la enfermera o el médico:

- Dónde siente el dolor
- Qué tipo de dolor es
- Desde cuándo tiene el dolor
- Qué causa el dolor

- Qué empeora el dolor
- Qué ayuda a aliviar el dolor

Para poder entender mejor el dolor, usamos una “escala de calificación del dolor”. El siguiente es un ejemplo de la escala del dolor que usamos.



El dolor puede dificultar que se sienta mejor. El dolor no controlado afecta lo siguiente:

- Sistema inmunológico (combate las enfermedades en su cuerpo)
- Apetito
- Pensar con claridad
- Sueño
- Actividades diarias
- Trabajo

¿Cómo controla y alivia el dolor? Hay muchas formas, los siguientes sólo son unos ejemplos:

- Medicamento para el dolor
- Técnicas de relajación
- Calor o frío en el área adolorida
- Meditación
- Otros tipos de curación alternativa
- Actividades de distracción como la música, ver televisión, etc.

Tenga precaución cuando tome medicamento para el dolor

- Aquí en el centro, los residentes usan diferentes medicamentos para el dolor
- Las dosis de medicamento para el dolor son diferentes en cada residente
- Los medicamentos para el dolor pueden causar efectos colaterales que se pueden manejar con eficacia
- Algunos efectos colaterales que debe reportar el personal son:
    - Comezón
    - Boca seca
    - Náusea, vómito
    - Mareo

- Confusión
- Constipación
- Frecuencia cardiaca anormal
- Retención de líquidos (orina)

Si le preocupa volverse adicto al medicamento para el dolor, hable con su equipo de tratamiento al respecto.

Los siguientes son algunos hechos sobre el dolor…

- Controlar el dolor es parte de su tratamiento en general
- Se puede aliviar el dolor
- Avisar a su médico o enfermera que tiene dolor no es signo de debilidad
- Todos sentimos el dolor de manera diferente

Recuerde: ¡¡¡Avise siempre al personal que tiene dolor para que podamos ayudarle!!!

RESTRICCIÓN

Usted tiene el derecho de que no se le impongan restricciones física o químicas por motivos de disciplina o conveniencia y que no se requieran para el tratamiento de sus síntomas médicos.

La restricción se usa únicamente en caso de un daño inminente, según lo determine el personal o en caso de un evento real de violencia física hacia usted u otras personas. Nuestro personal procura usar intervenciones no físicas e identificar situaciones potenciales que pudieran requerir el uso de aislamiento o restricción. También procuramos que usted participe, y su familia de ser posible, para crear opciones que no sean el uso del aislamiento o la restricción.

De utilizarse alguna restricción, nuestro personal cumple con los Lineamientos Nacionales para su seguridad, la seguridad de otros, y proteger sus derechos, dignidad y bienestar.

CONSEJO DE RESIDENTES

El Consejo de Residentes de Syringa Chalet Nursing Facility se ofrece como un medio para compartir con otros residentes y el personal de atención intereses, problemas e ideas. Le permite tener la oportunidad de participar en asuntos y decisiones que influyen en su vida diaria como residente del centro. Su participación es voluntaria.

SU EXPEDIENTE MÉDICO

Usted o su represente tiene el derecho después de una peitición verbal o por escrito, de tener acceso a todos los expedientes sobre usted, incluyendo expedientes clínicos vigentes, en un plazo de 24 horas (excepto fines de semana y días festivos).

Después de recibir los expedientes para su revisión, tiene del derecho de comprar (*por un costo no mayor al estándar de la comunidad*) fotocopias de los expedientes, o parte de ellos, solicitados y con un aviso al centro de 2 días laborales de anticipación.

DATOS DE EVALUACIÓN

Como residente de este centro, los elementos de su expediente médico se proporcionarán electrónicamente fuera de este centro a agencias de licencias y acreditaciones y sus contratistas. La transmisión del expediente médico se basa en los requisitos y normativas de las agencias arriba mencionadas.

SU ABOGADO

Usted tiene el derecho de conservar y consultar a un abogado. Si está aquí involuntariamente, es posible que el tribunal le asigne un abogado. Se puede poner en contacto con los Derechos de Discapacidad de Idaho y Servicios de Ayuda Legal para que le ayuden (véase la Página 23) o puede buscar un abogado con gastos por su cuenta.

AVISO A SU FAMILIA Y MÉDICO

Usted tiene el derecho de que se avise a sus familiares o representantes de su elección y a su médico de su ingreso al centro Syringa Chalet Nursing Facility. El centro debe informar a cada residente del nombre, la especialidad y la forma de ponerse en contacto con el médico responsable de su atención.

AVISO DE CAMBIOS

El centro le informará de inmediato a usted, consultará con su médico y, si se sabe, notificará a su representante legal o a un familiar interesado en caso de:

1. Un accidente que lo implique a usted que resulte en una lesión y que tiene el potencial de requerir la intervención de un médico
2. Un cambio significativo en su condición física, mental o psicosocial (es decir, un deterioro en su condición de salud, mental o psicosocial en condiciones que pongan en riesgo su vida o complicaciones clínicas)
3. La necesidad alterar significativamente su tratamiento (es decir, la necesidad de suspender una forma de tratamiento existente debido a consecuencias adversas o empezar una nueva forma de tratamiento)
4. La decisión de transferirlo o darlo de alta del centro

El centro también debe avisarle de inmediato y, si se sabe, a su representante legal en caso de:

1. Un cambio de habitación o asignación de compañero/a de cuarto
2. Un cambio en los derechos del residente

El centro debe registrar y actualizar periódicamente la dirección y el número telefónico de su representante legal o familiar interesado.

CUIDADOS PASTORALES, DE VALORES Y ESPIRITUALIDAD

Usted tiene el derecho de que se respeten sus valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales. Si usted lo solicita, nuestro personal le ayudará a ponerse en contacto con su representante espiritual de su preferencia. Asimismo, en el centro se ofrecen Servicios los domingos.

PARTICIPACIÓN DE ESTUDIANTES

Syringa Chalet Nursing Facility es un sitio de capacitación para los estudiantes de cambios relacionados. Pueden participar en su atención y tratamiento mientras sea residente, a menos que usted se oponga. Usted tiene el derecho de rechazar la participación de los estudiantes en su tratamiento y de que tengan acceso a su expediente médico.

ALTA

El centro Syringa Chalet Skilled Nursing Facility ofrece atención de enfermería especializada para personas de edad avanzada con enfermedad mental. Así, cuando las necesidades médicas de una persona de edad avanzada superan sus necesidades psicosociales, se buscará una colocación alterna.

SERVICIOS EN EL HOSPITAL

CAFETERÍA

La Cafetería se encuentra en el ala este del Edificio de Administración. Cuenta a la venta con tentempiés, productos diversos y otros artículos. Está abierta durante las horas anunciadas. Si no puede salir del centro, puede organizarse para que el personal le realice las compras.

SALÓN DE BELLEZA

El personal del centro le ayudará a programar una cita para cortes de cabello, permanentes, tinte, peinado, manicure, pedicure, etc.

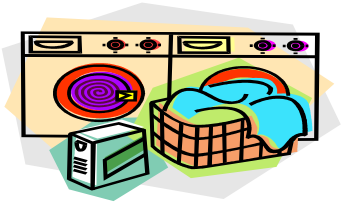
SERVICIOS DE ACTIVIDADES

Además de las actividades diarias que ofrece el centro, tenemos a su disposición una Biblioteca, un Centro de actividades, un Teatro en el campo y un Centro de manualidades.

Todos se encuentran en el Edificio de Administración, cerca de la Cafetería. El Coordinador de Actividades puede organizar todo para que usted pueda hacer uso de estas instalaciones.

LAVANDERÍA

La lavandería está a su disposición sin costo.



NÚMEROS TELEFÓNICOS DE DEFENSORES, GRUPOS DE APOYO, SERVICIOS LEGALES Y OFICINAS REGULADORAS

TRABAJADORA SOCIAL DEL CENTRO
SYRINGA CHALET NURSING FACILITY

208-785-8487

GRUPOS DE APOYO PARA LA FAMILIA/ EL CONSUMIDOR

NATIONAL ALLIANCE FOR THE MENTALLY ILL (NAMI)
200 N. Glebe Road, Suite 1015
Arlington, VA 22203-3754
1-800-950-6264

NAMI-IDAHO
PO Box 68
Albion, ID 83311
1-800-572-9940

PROTECTION AND ADVOCACY FOR INDIVIDUALS WITH MENTAL ILLNESS (PAIMI)
Corinna Wolfe, Director of Advocacy, PAIMI Coordinator
Comprehensive Advocacy, Inc.
4477 Emerald, Suite B-100
Boise, ID 83706
Teléfono: 208-336-5353 (TDD)
Teléfono sin costo: 866-262-3462

IDAHO COMMISSION ON AGING
Ombudsman for the Elderly
208-233-4032 ext. 35
www.idahoaging.com

SERVICIOS LEGALES

DISABILITY RIGHTS IDAHO
845 W. Center, Suite C-107
Pocatello, ID 83204
232-0922
Teléfono sin costo: 1-866-309-1589
info@disabilityrightsidaho.org
TDD Terminal Services
232-0922

Idaho Legal
Aid Services

IDAHO LEGAL AID
150 S. Arthur, Suite 203
PO Box 1785
Pocatello, ID 83204
233-0079

BINGHAM COUNTY PUBLIC DEFENDER
490 North Maple Street
Blackfoot, ID 83221
208-785-1650

DEPENDENCIAS REGULADORAS

THE JOINT COMMISSION (JC)

The Joint Commission
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrance, IL 60181

8:30 a.m. a 5:00 p.m., Hora del Centro, (Lunes a viernes)
Teléfono sin costo: 1-800-994-6610

STATE OF IDAHO LICENSURE OFFICE

Bureau of Facility Standards
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036
1-208-334-6626

MEDICAID FRAUD HOTLINE

Medicaid Fraud
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036
8:00 a.m. a 5:00 p.m., (lunes a viernes)
Teléfono sin costo: 1-866-635-7515

MEDICARE PATIENTS' RIGHTS - QIO

Qualis Health
10700 Meridian Ave. North, Suite 100
PO Box 33400
Seattle, WA 98133-0400
1-800-949-7536

ÍNDICE DEL CÓDIGO DE IDAHO

Derechos del paciente: CÓDIGO DE IDAHO: §66-344

1. Todos los pacientes tendrán derecho a una atención y tratamiento humanos.

2. No se aplicarán restricciones mecánicas a un paciente ni se aislará a un paciente a menos que se determine necesario para su seguridad o la seguridad de otros. Por tanto, el uso de una restricción mecánica y las causas deberán formar parte del expediente médico.
   CÓDIGO DE IDAHO: 66-345

3. Ejercicio de los derechos civiles: **CÓDIGO DE IDAHO: 66-346**

   a. Todos los pacientes tendrán los siguientes derechos:

      (1) Comunicarse por correo cerrado o, en su caso, con personas dentro o fuera de las instalaciones, y tener acceso a una cantidad razonable de material para escribir cartas y timbres postales;

      (2) Recibir visitas en horarios razonables;

      (3) Usar su propia ropa; conservar y usar sus pertenencias personales; conservar y que se le permita gastar una cantidad razonable de su dinero para gastos en la cafetería y pequeñas compras; tener acceso un espacio de almacenamiento individual para uso privado;

      (4) Rechazar modos de tratamiento específicos;

      (5) Recibir en cualquier momento visitas de su abogado o de un empleado del despacho de su abogado o de un representante del sistema estatal de protección y defensa;

      (6) Ejercer todos sus derechos civiles, incluyendo el derecho de disponer de la propiedad excepto la propiedad descrita en la subsección 3 arriba mencionada, tocar instrumentos, realizar compras, involucrarse en relaciones contractuales y votar a menos que lo limite una orden judicial previa;

      (7) Tener acceso razonable a todos los expedientes sobre su persona.

   b. No obstante a las limitaciones autorizadas bajo esta sección sobre el derecho de comunicación, todos los pacientes tendrán derecho a comunicarse con el tribunal por correo cerrado, en su caso, que ordenó su compromiso.

   c. El director de un centro puede negar los derechos de un paciente bajo esta sección, excepto los derechos mencionados en las subsecciones (a)(5) y (a)(6) de la Sección 66-346, del Código de Idaho, que el director del centro no deberá negar bajo ninguna circunstancia. Salvo los casos de emergencia o cuando un tribunal determine que un paciente no tiene la capacidad de tomar decisiones informadas acerca de su tratamiento, el director de un centro puede negar los derechos de un paciente conforme a la subsección (a)(4) de esta sección. Se incluirá de inmediato en el expediente del paciente una declaración explicando los motivos para negar los derechos del paciente y si el paciente ha cumplido de conformidad con la orden judicial, se enviarán copias de dicha declaración al tribunal que ejecutó la orden y se enviarán al cónyuge, tutor, familiar más cercano o amigo y abogado del paciente, de ser el caso.

   d. Una lista de los derechos antes mencionados se exhibirán muy a la vista en todos los centros y poner de conocimiento del paciente a través del medio que designe la Junta de Salud y Bienestar.

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Aviso de Prácticas de Privacidad

En vigor a partir del 23 de septiembre de 2013

EN ESTE AVISO DE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE USTED Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE CON MUCHA ATENCIÓN.

- Si tiene alguna duda sobre este Aviso, póngase en contacto con la Oficina de privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 208-334-6519 o por correo electrónico en PrivacyOffice@dhw.idaho.gov.

- En cualquier momento puede solicitar una copia de este Aviso. Encontrará copias de este Aviso en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Esta Aviso también se encuentra en el sitio en internet del Departamento de Salud y Bienestar a http://www.healthandwelfare.idaho.gov.

OBJETIVO DE ESTE AVISO

En este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que el Departamento de Salud y Bienestar (el Departamento) maneja la información confidencial conforme a los requisitos estatales y federales. Todos los programas en el Departamento pueden compartir la información confidencial sobre usted entre sí según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios y con fines comerciales normales. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios.

Nuestro compromiso es proteger su información confidencial. Generamos registros de los beneficios o servicios que recibe del Departamento. Necesitamos estos registros para ofrecerle servicios y atención de calidad. Asimismo, necesitamos estos registros para cumplir con varias leyes locales, estatales y federales. Tenemos la obligación de:

- Utilizar y divulgar información confidencial requerida por la ley;
- Mantener la privacidad de su información;
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad de su información; y
- Cumplir con los términos del Aviso vigente a la fecha.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad a beneficios o servicios.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho a una revisión y una copia

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información de acuerdo con la ley.

Si quisiera revisar y una copia de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato "Solicitud de registros". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes federales de HIPAA.

Si solicita recibir una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota.

Si legalmente no podemos divulgarle la información, le avisaremos.

2. Derecho a modificaciones

Si siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a pedirnos que se hagan cambios a su información.

Si quisiera que el Departamento cambie su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará un formato de "Solicitud para modificación de registros". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud en 10 días.

Es posible que rechacemos su solicitud si nos pide cambiar información que:

- No generó el Departamento;
- No es parte de la información que conserva o es para el Departamento;
- No es parte de la información que se le permita revisar o copiar; o
- Determinamos que es correcta y está completa.

3. Derecho a limitar la divulgación sobre la información de la salud

Tiene el derecho a pedirnos no compartir la información sobre su salud para su tratamiento o servicios, o con fines comerciales normales. Nos debe decir cuál es la información que no quiere o con quién no quiere compartir.

Si quiere pedir al Departamento no compartir su información, en las oficinas o el sitio en internet del Departamento encontrará una "Solicitud para restringir la divulgación de información de salud". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud por escrito.

Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que se necesite la información para darle tratamiento de emergencia o que usted retira la restricción. En casi de que usted o alguien a su nombre pague un artículo o servicio y solicita que no se le divulgue a un proveedor de seguro de salud la información referente a dicho artículo o servicio, aceptaremos la restricción solicitada.

4. Derecho a un medio de envío alterno

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternos. Por ejemplo, puede pedir que le enviemos la información de un programa a una dirección de correo diferente al de otros programas de los que recibe servicios o beneficios.

Si quiere pedir un medio alterno para el envío de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato "Solicitud de medios alternos para envío". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud si por algún motivo se rechaza.

No le preguntaremos la causa de su solicitud. Se aprobarán las solicitudes razonables.

5. Derecho a un informe de las divulgaciones de información de salud

Tiene el derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de información sobre su salud. En este informe de divulgaciones no va a incluir cuando compartamos la información sobre su salud para tratamiento, pago de su tratamiento o fines comerciales normales, o las veces que usted nos autorizó compartir la información.

Si quiere solicitar un informe de las divulgaciones sobre su salud, encontrará en las oficinas del Departamento o su sitio en internet el formato "Solicitud para recibir un informe de las divulgaciones de información de salud". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento responderá

a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes HIPAA federales.

El primer informe que solicite y reciba en un año calendario será sin costo. Para informes adicionales en el mismo año calendario, es posible que le cobremos el costo por proporcionarle el informe. Le informaremos del costo y es posible que decidamos retirar o cambiar su solicitud en ese momento antes de cobrarle algún costo.

CÓMO PUEDE USAR Y COMPARTIR EL DEPARTAMENTO SU INFORMACIÓN

Ocasiones en que no se necesite su permiso

- **Para tratamiento**. Podemos utilizar o compartir su información a fin de proporcionarle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, médico o persona que le proporcione tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para conjuntar los servicios que posiblemente necesite. También podemos compartir su información con personas ajenas al Departamento que estén involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares, representantes informales o legales u otros que le brinden servicios como parte de su atención.

- **Para pago**. Podemos utilizar y compartir su información para que pueda pagarse el tratamiento y los servicios que reciba a través del Departamento. Por ejemplo, tal vez tengamos que proporcionar información sobre usted a la compañía de seguros médicos acerca del tratamiento o los servicios que reciba para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.

- **Para operaciones comerciales**. Podemos utilizar y compartir su información con fines de operaciones comerciales. Es necesario para la operación diaria del Departamento y asegurarse de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, puede usar su información para revisar la forma en que proporcionamos el tratamiento y los servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que le brinda los servicios.

Ocasiones en que se necesite su permiso

- **Por causas a parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales.** Puede haber ocasiones en las que el Departamento tenga que usar y compartir su información por causas a parte del tratamiento, pago y operaciones comerciales según lo que se explica arriba. Por ejemplo, si el Departamento pide a su empleador o la escuela información que no forme parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales, el Departamento le solicitará una autorización por escrito que nos permita compartir dicha información. Si nos autoriza utilizar o compartir su información, puede suspender el permiso en cualquier momento, siempre que sea por escrito. Si suspendió su permiso, ya no podremos usar o compartir esa información. Debe entender que no podemos recuperar información que ya se haya compartido bajo su autorización.

- **Individuos que forman parte de su atención o el pago de su atención.** Podemos proporcionar información sobre usted a un familiar, representante legal o a quien usted asigne como parte de su atención. También podemos proporcionar información a quien ayude a pagar por su atención. Si usted no puede aceptar o rechazar una divulgación, podemos compartir dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted con base en nuestra opinión profesional. Asimismo, podemos compartir su información en un desastre para poder informar a su familia o representante legal acerca de su condición, estado y ubicación.

Otra forma de usar y compartir su información sin su permiso

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento
- Según lo requiera la ley
- Riesgos de salud pública

- Cumplimiento de la ley
- Demandas y disputas
- Médicos forenses, directores de funerarias
- Donación de órganos y tejidos
- Tratamiento de emergencia
- Evitar una amenaza grave de salud o seguridad
- Organizaciones militares o de veteranos
- Actividades de vigilancia de la salud
- Actividades de seguridad nacional y de inteligencia
- Instituciones correccionales

REQUISITOS ESPECIALES

La información recibida de un programa de financiamiento federal para el tratamiento de drogadicción o a través del programa de bebés y niños pequeños no se liberará sin autorización específica del individuo o representante legal.

Se avisará a los individuos afectados después del incumplimiento de la información de salud sin privacidad.

CAMBIOS A ESTE AVISO

El Departamento tiene el derecho de cambiar este Aviso. En las oficinas del Departamento o en http://www.healthandwelfare.idaho.gov se publica una copia de este Aviso. La fecha en vigor de este Aviso aparece en la parte superior de cada página. Si el Departamento no realiza cambios a este Aviso de prácticas de privacidad, el Departamento cumplirá con los términos del Aviso vigente a la fecha

QUEJAS

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad a la información confidencial, puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas enviadas al Departamento deben ser por escrito en el formato de "Queja sobre privacidad" disponible en las oficinas del Departamento o su sitio en internet. Para presentar una queja ante el Departamento, envíe su formato de Queja sobre privacidad lleno a:

Idaho Department of Health and Welfare
Privacy Office
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad de información sobre su salud, también puede presentar una queja ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Su queja debe ser por escrito y debe mencionar la organización que es objeto de su queja y describir lo que usted considera que se violó. Envíe su queja por escrito a:

Region 10
Office for Civil Rights
U. S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-Suite 900
Seattle, Washington 98121-1831

En el caso de las quejas presentadas por correo electrónico enviar a OCRComplaint@hhs.gov

Una queja se debe presentar ante del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en un plazo de 180 días de que haya ocurrido lo que usted considere una violación a la privacidad. Este límite de tiempo para la presentación de quejas puede retirarse por una buena causa.

No se le castigará ni habrá represalias en su contra por presentar una queja.

SERVICIOS ESPECIALES PARA COMUNICACIÓN

TELECOMMUNICATION DEVICE FOR THE DEAF (TDD) TERMINAL SERVICES

STATE HOSPITAL SOUTH (208) 785-8423
PARA CONFIRMAR LA CONEXIÓN
(208) 785-1200, EXT. 68477
UBICACIÓN DE LA TERMINAL DE TDD OFICINA DEL SUPERVISOR DE LA CASA

TDD/TELETYPEWRITER (TTY) – IDAHO RELAY SERVICES

TDD/TTY 1-800-377-3529
(TELECOMUNICACIÓN PARA LOS DISCAPACITADOS DE AUDICIÓN)

VOICE 1-800-377-1363
(COMUNICACIÓN CON UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD DE AUDICIÓN EN UNA TERMINAL TDD TERMINAL – QWEST ESCRIBIRÁ SU COMUNICADO A SU TERMINAL TDD)

HIGIENE DE LAS MANOS

Todas las personas en el centro Syringa Chalet Nursing Facility, incluyendo a los residentes y visitantes, deben usar métodos de higiene de las manos adecuados para prevenir la propagación de gérmenes a sí mismos o a otros. La higiene de manos incluye el uso de agua y jabón durante al menos veinte (20) segundos o el uso de un sanitizador de alcohol para manos y frotarse las manos hasta secar.

Usted tiene el derecho de, y le recomendamos que, pida a su proveedor de atención médica que realicen la higiene de manos antes de que lo trate.

Los despachadores con sanitizador de alcohol para manos se encuentran en cada Calle y dentro de las puertas del Comedor.

Este manual pertenece a:

_____

Mi Médico es: _____

El # de mi Médico es: _____

Mi Trabajador/a Social es: _____

El Administrador de SCNF es: _____

El Director de Enfermería de SCNF es: _____

Otra información útil: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Syringa Chalet Nursing Facility

State Hospital South
PO Box 400 * Blackfoot, ID 83221
(208) 785-1200